

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

WOJEWÓDZKI INSPEKTORAT
OCHRONY ROŚLIN I NASIENICTWA
W BIAŁYMSTOKU
UL. ZWYCIĘSTWA 26B
15-703 BIAŁYSTOK
zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEN*

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki w umowie grupowego ubezpieczenia:

Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki**	Polisa/polis nr
PnŻ + WRW		940532151
WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU		940532180
OCHRONA DLA DZIECKA		940532164
WSPARCIE PO WYPADKU		940532223
WSPARCIE KARDIOLOGICZNE		940532210

Data i czytelny podpis pracownika

* Oświadczenie składane pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA.

** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.